

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE
HUAMANGA**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



**“INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADO A
CESAREA ITERATIVA. HOSPITAL REGIONAL DE
AYACUCHO.2021”**

Tesis para optar el título profesional de Obstetra

PRESENTADO POR

Bach. Muchari Parian, Jenyfer

Bach. Tacas Nuñez, Rosmery

ASESOR

Mg. Obst. Pino Anaya, Roaldo

AYACUCHO - PERÚ

2023

DEDICATORIA

Dedico esta tesis con todo mi corazón a Dios por su bendición y protección a largo de mi vida, a mis amados padres, **LORENZO MUCHARI PALOMINO** y **OBDULIA AURIA PARIAN YARIHUAMAN**, quienes han sabido formarme con buenos valores y principios, mi gratitud por todo el apoyo incondicional que me brindaron en toda mi formación profesional, ellos son mi inspiración, mi guía y fortaleza para seguir a delante.

A mis queridos hermanos por darme el soporte, apoyo, aliento, cariño y esas ganas de superación.

MUCHARI PARIAN, Jenyfer

La presente tesis está dedicada en primer lugar a Dios por haberme dado la fortaleza para superar obstáculos y dificultades y llegar hasta este momento tan importante de mi formación profesional, a mis padres, a mi ángel **NORA, NUÑEZ AGUILAR** y a mi amado padre **SEVERO, TACAS PAUCAR**, ya que gracias a él he logrado Concluir mi carrera profesional; quien siempre ha creído en mi persona formándome con buenos valores, dándome consejos de superación, humildad, sacrificio y su apoyo incondicional, hoy en día es el motor y motivo para seguir adelante.

A mi hermano **JHONATAN TACAS NUÑEZ** que es mi amigo, confidente, cómplice y quien me impulsa a seguir adelante por un mejor futuro.

TACAS NUÑEZ, Rosmery

AGRADECIMIENTO

Toda nuestra gratitud a nuestra Alma Mater Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, lugar donde se forman grandes profesionales. A la Facultad de Ciencias de la Salud que a través de la Escuela Profesional de Obstetricia que nos cobijó e impartió enseñanzas durante los años de estudios de nuestra carrera profesional.

A los docentes en general por sus grandes enseñanzas que forjaron y guiaron nuestro camino.

Agradecemos al Hospital Regional de Ayacucho que nos brindó facilidades para la ejecución del presente estudio de investigación.

Al docente y asesor Mg. Roaldo Pino Anaya por su apoyo quien encamino y oriento el proceso de la investigación para alcanzar la meta programada, del mismo modo a los miembros de jurado: Prof. Delia Anaya Anaya, Prof. Graciela Mendoza Bellido de Ascarza, Prof. Edda Milagros Sánchez Huamaní.

ÍNDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO I	10
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	10
1.1. Situación problemática.....	10
1.2. Planteamiento del problema.....	12
1.3. Formulación del problema.....	13
1.4. Objetivos de la investigación.....	14
1.5. Justificación e importancia del estudio.....	14
CAPÍTULO II	16
MARCO TEÓRICO	16
2.1. Antecedentes de estudio.....	16
2.2. Bases teórico científico.....	20
2.2.1. Cesárea.....	20
2.2.2. Tipos de cesárea.....	21
2.2.3. Factores de riesgo para indicación realización de cesárea.....	22
2.2.4. Cesárea iterativa.....	26

2.3. Definición conceptual y operativa de términos.....	28
2.4. Variables y operacionalización.....	30
2.5. Hipótesis.....	30
CAPÍTULO III.....	33
METODOLOGÍA.....	31
3.1. Tipo de investigación.....	31
3.2. Nivel de investigación.....	31
3.3. Métodos de investigación.....	31
3.4. Diseño de investigación.....	31
3.5. Población muestra y muestreo.....	31
3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	33
3.7. Procedimiento de recolección de datos.....	34
3.8. Procesamiento y análisis de datos.....	34
CAPÍTULO IV.....	35
RESULTADOS Y DISCUSION.....	35
Resultados.....	36
Conclusiones.....	59
Recomendaciones.....	60
Referencias bibliográficas.....	61
Anexos.....	65
Instrumento de recolección de datos.....	66

RESUMEN

OBJETIVO: Conocer la incidencia y factores de riesgo asociados a cesárea iterativa en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho durante el año 2021. **METODOLOGÍA:** Tipo de investigación Aplicada, nivel de investigación Analítico de caso – control, métodos de investigación Cuantitativa transversal retrospectiva, diseño de investigación No experimental. Cuya muestra estuvo constituida por 312 puérperas con cesárea anterior y 296 puérperas con cesárea iterativa, atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho en el año 2021, la técnica que se utilizó fue Revisión de historias clínicas, para el hallar la asociación de incidencia y factores de riesgo asociado a cesárea iterativa se utilizó la prueba de chi cuadrado y la valoración p. **RESULTADOS:** el 18,08% de 296 gestantes con cesárea iterativa, el 94,6% (280) fueron realizados de manera electiva y el 5,4% (16) fueron cesáreas por emergencia. Los factores como el tipo de cesárea electiva, la edad materna de 20 años a más, la cesárea anterior, desproporción céfalo pélvico y el volumen alterado del líquido amniótico están asociados significativamente ($p < 0,05$) con la cesárea iterativa. El tipo de cesárea electiva, la edad materna de 20 años a más y la cesárea anterior son factores de riesgo para que se realice una cesárea iterativa ($OR > 1$).

PALABRAS CLAVES: incidencia, asociados, factores de riesgo, cesárea, iterativa.

ABSTRACT

OBJETIVE: know the incidence and risk factors associated with iterative cesarean section in pregnant women treated at the Ayacucho Regional Hospital during the year 2021.**METHODOLOGY:** Type of research Applied, level of research Case-control analysis, research methods Quantitative cross-sectional retrospective, non-experimental research design. Whose sample consisted of 312 puerperal women with a previous cesarean section and 296 puerperal women with an iterative cesarean section, treated in the Gynecology-Obstetrics Service of the Ayacucho Regional Hospital in 2021, the technique used was Review of medical records, to find the association of incidence and risk factors associated with iterative cesarean section, the chi-square test and p-value were used. **RESULTS:** 18.08% of 296 pregnant women with iterative cesarean section, 94.6% (280) were performed electively and 5.4% (16) were emergency cesarean sections. Factors such as the type of elective cesarean section, maternal age of 20 years or older, previous cesarean section, cephalopelvic disproportion and altered amniotic fluid volume are significantly associated ($p < 0.05$) with iterative cesarean section. The type of elective cesarean section, maternal age of 20 years or older, and previous cesarean section are risk factors for performing an iterative cesarean section ($OR > 1$).

KEYWORDS: incidence, associates, risk factors, cesarean section, iterative

INTRODUCCIÓN

La cesárea es una intervención obstétrica esencial para mujeres gestantes para prevenir complicaciones maternas y perinatales graves. Aunque la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que las prácticas de las cesáreas sean menores del 15%, encuestas en diversos países mostraron que las tasas de cesáreas habían aumentado de 26,4% en 2004 a 32,7% en el 2016. (1)

Se denomina cesárea iterativa aquella que ha de repetirse ya sea por persistencia de la indicación anterior o por aparición de una nueva, distinta de la que motivó la intervención o intervenciones anteriores. Su incidencia es cada vez mayor, aunque varía dentro de un rango de límites, a causa de la posición que ante la paciente con antecedente de cesárea optan los diversos hospitales, de las cuales unas son partidarias de volver a intervenir casi sistemáticamente, mientras que otras sólo practican la nueva cesárea en aquellas que se apartan de ciertos requisitos. (2)

Las inquietudes por el incremento en la tasa de cesárea por cesárea iterativa han dado lugar a la declaración, por parte de diversos organismos oficiales, tales como SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia), ACOG (Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos) y OMS (Organización Mundial de la Salud), que el parto vaginal después de la cesárea es una opción segura y aceptable. El éxito de las tasas de parto vaginal después que la cesárea se cita

variablemente entre el 56% y el 80%, aunque la proporción de mujeres que intentan un parto vaginal varía considerablemente (3)

Un estudio realizado en un hospital público de Lima, cuyo objetivo era determinar la frecuencia e indicaciones más usuales de cesáreas, se encontró que la cesárea previa es la más frecuente y de estas, la cesárea iterativa representó el 42.2% de las pacientes que requirieron dicha intervención quirúrgica. (4)

Por lo cual planteamos en la presente investigación el objetivo de conocer la incidencia y factores de riesgo asociados a la cesárea iterativa en el Hospital Regional de Ayacucho durante el año 2021, a través de una investigación aplicada, cuantitativa, transversal, retrospectiva, analítica de caso-control, encontrando los siguientes resultados: La incidencia de cesárea iterativa en el Hospital Regional de Ayacucho durante el año 2021 es de 18,08%. De 296 gestantes con cesárea iterativa, el 94,6% (280) fueron realizados de manera electiva y el 5,4% (16) fueron cesáreas por emergencia. Los factores como el tipo de cesárea electiva, la edad materna de 20 años a más, la cesárea anterior, desproporción céfalo pélvico y el volumen alterado del líquido amniótico están asociados significativamente ($p < 0,05$) con la cesárea iterativa. El tipo de cesárea electiva, la edad materna de 20 años a más y la cesárea anterior son factores de riesgo para que se realice una cesárea iterativa ($OR > 1$).

CAPITULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Situación problemática

Las cesáreas aparecieron alrededor de 1880 y ayudaron a reducir la morbilidad y mortalidad materna y fetal por desproporción cefalopélvica, que en ese momento tenía una tasa de mortalidad superior al 80%.

Utilizado a principios del siglo XX para tratar la placenta previa o la eclampsia, se convirtió en una alternativa más segura a la craneotomía, la sínfisis púbica o los fórceps altos en trabajos de parto difíciles. Desde entonces, las indicaciones se han ampliado y su uso ha aumentado. A principios de la década de 1970, el número de cesáreas en los países desarrollados era aproximadamente del 5%; a finales de la década de 1990 superó el 50% en algunas partes del mundo. (5).

La cesárea etimológicamente, procede del latín *secare*, que quiere decir cortar; se trata de una técnica que admite el nacimiento del feto por la pared abdominal (laparotomía) y del útero (histerotomía), cuando tiene complicaciones por vía vaginal. Precedentemente se pensaba que era una intervención terrible porque causaba elevadas tasas de morbimortalidad materno fetal; estas han mermado con la mejora de los procedimientos, uso de antibióticos,

perfeccionamiento de la anestesia-analgésica y creación de bancos de sangre, convirtiéndose en una operación útil y muy usada actualmente. (6)

Hay varias razones por las que el número de partos por cesárea ha aumentado en los últimos años, incluido un aumento en la monitorización continua de la frecuencia cardíaca fetal durante el trabajo de parto, una disminución en la capacitación de los obstetras en los partos vaginales y de nalgas, y la elección materna con respecto al modo de parto. nacimientos tras cesáreas previas y aumento de la demanda de los usuarios. La repetición de la cesárea es la indicación obstétrica más común de cesárea y representa el 28% de los partos en el Reino Unido, más del 40% en los EE. UU. y el 22,5% en España. (7)

La tasa de parto vaginal tras cesárea ha disminuido en todo el mundo en los últimos años. En los Estados Unidos en particular, después de un pico del 28,3% en 1996, esta proporción ha caído alarmantemente, de modo que en 2004 sólo el 9,2% de las mujeres tuvieron partos vaginales por cesárea. Para explicar este problema es necesario considerar las causas del parto vaginal después de una cesárea, es decir, porque se realizó la primera cesárea primaria. El número de partos por cesárea en los Estados Unidos aumentó del 5% en 1970 al 32,9% en 2009. Una de cada tres mujeres embarazadas dará a luz por cesárea. Si el número de cesáreas primarias y secundarias en el mundo sigue creciendo a un ritmo tan alarmante, se espera que en 2022 alcancen el 56,2% (3).

Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) recomienda el 15% como una tasa de cesárea aceptable y sirve como estándar más allá del cual el aumento de las tasas de cesáreas ya no se asocia con mejores resultados neonatales. El Healthy People Group de EE. UU. se ha fijado el objetivo de reducir esta cifra al 23 % para 2022.

Hoy en día, la incidencia de esta "epidemia" supera el cincuenta por ciento, por lo que es considerada un problema de salud pública a nivel mundial. Por ello, en México se están implementando estrategias que ayuden a reducir su descenso, a pesar de factores socioculturales, económicos, médico-legales y biomédicos que dificultan el logro de las metas antes mencionadas. (6)

En la lucha por mejorar la calidad y la seguridad sanitaria, se ha elegido el número de cesáreas como indicador de la calidad de la atención. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha recomendado una tasa de cesárea del 10 al 15% durante tres décadas; La actualización de 2014 de la OMS confirmó sus recomendaciones anteriores y concluyó que las tasas de mortalidad superiores al 10% no se asocian con la disminución en las tasas de mortalidad materna y neonatal. (8)

Varios autores informaron en sus estudios que los países latinoamericanos han documentado este fenómeno, informando que 12 de los 19 países estudiados tenían tasas de cesárea que superaban el porcentaje máximo recomendado por la Organización Mundial de la Salud de hasta el 50%. (9)

En América Latina, países como Chile tienen la tasa más alta de cesáreas entre la población: 40%, en instituciones privadas la tasa de cesáreas llega hasta el 51% y en Brasil, la tasa de cesáreas llega hasta el 77%. (10)

1.2. Planteamiento del problema

El número de cesáreas notificadas varía ampliamente entre países y regiones; A menudo existen diferencias significativas entre hospitales de la misma región. Las tasas más altas de cesáreas se registraron en República Dominicana (56,4%), Brasil (55,6%) y Egipto (51,8%). En algunos países europeos, la tasa de cesárea oscila entre el 25% y el 35%.

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2020 en Perú, se ha observado que las cesáreas repetidas son bastante comunes en algunos establecimientos de salud. En los últimos cinco años, más de un tercio de los nacimientos se produjo por cesárea (36,3%), lo que supone 4,7 puntos porcentuales más que el 31,6% de 2015. Además, cuanto mayor es la mujer, mayor es el número de embarazos que terminan en cesárea. (11).

El Instituto Nacional de Estadística e Información (INEI) de Perú informó que la tasa de cesáreas en 2017 fue del 40,8%. No hay evidencia de que la cesárea tenga mayores beneficios y menores riesgos que el parto vaginal a corto

plazo; y ningún estudio ha evaluado la aparición de complicaciones a largo plazo como placenta previa, acretismo placentario y embarazo ectópico en las cicatrices de un embarazo por cesárea anterior.

La región de Ayacucho no está exenta de este problema, porque **Pino R. et al (2021)**.en su artículo “frecuencia e indicaciones de cesáreas electivas y de urgencia en relación a factores asociados en el Hospital Regional de Ayacucho durante el año 2019” en la cual refieren que, de 2806 partos atendidos en el HRA, 1455 (51,8 %) fueron sometidos a cesárea y un menor porcentaje (48,2 %) corresponde al parto vaginal; igualmente en este mismo estudio encontraron que la cesárea anterior fue la principal indicación para realizar las cesáreas en un 17,2%, asimismo 13 (13,7 %) fue por desproporción feto-pélvica, seguido de 11 (11,3 %) a causa de oligohidramnios. También se reportan otras indicaciones como sufrimiento fetal agudo, embarazo gemelar, presentación podálica y otros en menores porcentajes. (12)

Finalmente, las reducciones en las tasas de parto por cesárea entre las mujeres primigestas también reducirán el número de cesáreas repetidas y las complicaciones asociadas, y esto debe lograrse mediante el pleno cumplimiento de las directrices que fomenten el seguimiento y el interés en la atención. Centros de tratamiento del parto en nuestro país y región.

Por todo lo mencionado, nos formulamos la siguiente interrogante.

1.3. Formulación del problema

¿La edad, periodo intergenésico, número de controles prenatales, macrosomía fetal, cesareada anterior, desproporción céfalo pélvica, alteraciones del volumen del líquido amniótico, distocias de presentación y el sufrimiento fetal serán factores de riesgo asociados a Cesárea iterativa en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho durante el año 2021?

1.4. Objetivos de investigación

1.4.1. Objetivo General

Conocer la incidencia y factores de riesgo asociados a cesárea iterativa en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho durante el año 2021.

1.4.2. Objetivos Específicos:

- Determinar la incidencia de cesárea iterativa en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho durante el año 2021.
- Establecer el tipo de cesárea electiva o de urgencia más frecuente en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho durante el año 2021.
- Determinar si los factores de riesgo tales como; edad, periodo intergenésico, número de controles prenatales, macrosomía fetal, cesareada anterior, desproporción céfalo pélvica, alteraciones del volumen del líquido amniótico, distocias de presentación y el sufrimiento fetal, están asociados a cesárea iterativa en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho durante el año 2021.

1.5. Justificación e importancia del estudio

Aunque la cesárea se considera un método para facilitar el parto, es recomendada por los profesionales y preferida por muchas mujeres embarazadas, muchos investigadores advierten que no hay motivo para realizar la cesárea por el riesgo de repetir la cesárea durante el embarazo. Posteriormente se reconoce como un problema de salud pública, ya que aumenta el riesgo de morbilidad y mortalidad materna.

La bioética debe ser una prioridad a la hora de decidir si se utiliza la cesárea, lo que se asocia al uso excesivo y en ocasiones innecesario de la cesárea, que sólo debe utilizarse cuando el parto vaginal supone un riesgo. Ahora ya no es una decisión racional separada del médico ni siquiera una elección del propio paciente. Definitivamente debe usarse sólo si se sospecha que un parto vaginal será peligroso tanto para la madre como para el bebé. (12)

Las cesáreas por lo tanto se están convirtiendo en la actualidad de solución a problema principalmente por el incremento de cesáreas iterativas por el siguiente paradigma: “Una cosa que siempre hay que tener en cuenta, que no importa cuán cuidadosamente este suturada una incisión uterina, nunca podemos estar seguros de que la pared uterina cicatrizada se mantendrá íntegra en un embarazo posterior y en el parto no se produzca una rotura uterina”. Esto significó que la regla habitual a partir de ese momento fue: “Una vez realizada una cesárea, siempre cesárea”. (12)

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes de estudio.

Manny, A. I. & Tovar J. M. (2018). En su artículo “Incidencia de la operación cesárea según la clasificación de Robson en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Gral. Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez del instituto de Seguridad Social al Servicio de los trabajadores del Estado” en la cual refiere como **Método:** Estudio retrospectivo, descriptivo, transversal, observacional, de 2014 al 2016, incluyendo a las embarazadas con más de 27 semanas de gestación. **Resultados:** Se resolvió el embarazo a 706 mujeres tuvieron un embarazo exitoso, lo que resultó en una tasa de cesárea del 65,29%. La edad media fue de 31 años, y el de la edad gestacional fue de 38.5 semanas. El 47% eran primigrávidas. La indicación materna más común para la cirugía es una nueva cesárea y la indicación fetal es la distocia. En cuanto al ranking con mayor número de pacientes en la clasificación de Robson, el grupo 5 representó el 21,24%, seguido del grupo 2 con el 13,88% y el grupo 1 con el 9,6%. **Conclusiones:** La presencia de cicatrices uterinas previas fue determinante para la mayoría de las cesáreas. Recomendamos influir en las primeras indicaciones de cesárea y así reducir las cicatrices en el útero. (5)

Vásquez, A. (2021). En su tesis “Cesárea iterativa como factor de riesgo y resultados materno-fetales en centro médico ISSEMYM ECATEPEC durante el

periodo de un año” refiere que las cesáreas ahora se realizan con mayor frecuencia. Por lo tanto, las cesáreas iterativas son un factor de riesgo importante de mayores complicaciones para la madre y el feto. Así como hemorragia obstétrica, histerectomía y hospitalización de gestantes y recién nacidos en unidades de cuidados intensivos. **Metodología:** Los métodos de recopilación de datos se pueden aplicar al 100% de dos grupos de archivos de población para facilitar el muestreo. **Resultados:** Las pacientes con partos repetidos por cesárea tuvieron más complicaciones, como hipotensión y sangrado, y aumentaron las admisiones a la UCIN de los recién nacidos. **Conclusiones:** Las cesáreas son un procedimiento en aumento, por lo que el aumento de diagnósticos repetidos de cesárea se refleja en un aumento de complicaciones maternas y fetales. (6)

Velazco, PL. (2018). En su tesis “Complicaciones materno neonatales y su asociación con la vía de culminación del parto de pacientes con cesárea previa, atendidas en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado-2017”. **Objetivo.** Determinar la relación entre la tasa de complicaciones maternas y fetales y la finalización del trabajo de parto en pacientes sometidas a cesárea en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado en el año 2017. **Método.** Se realizaron estudios descriptivos, correlacionales, retrospectivos y transversales. La muestra del estudio estuvo compuesta por 206 pacientes sometidas a cesárea previa. **Resultados.** Del total de pacientes con cesárea previa, el 61,17% terminó su embarazo con parto vaginal y el 38,83% terminó su embarazo con cesárea iterativa. El principal motivo de cesárea iterativa es el sufrimiento fetal agudo (31,25%), seguido de la distocia (22,50%) y la macrosomía fetal (12,50%). La complicación más importante de las madres del grupo de parto vaginal es; Trauma perineal y anemia; En esta cesárea, el grupo es endometritis, infección de heridas quirúrgicas, grietas y anemia. La complicación más importante del recién nacido es la principal falta de aparición de las vías respiratorias. La edad gestacional al nacer fue del 90,70% entre 39 y 40,6 semanas, y el periodo intergenesico correspondiente fue en su mayoría de 5 años con 60,19%. **Conclusión.** Se encontró correlación entre el número de complicaciones materno neonatales y la vía de parto en pacientes con cesárea previa ($p < 0,024$). (14)

Zelada, VP. (2019) En su tesis “Factores maternos, fetales y ovulares asociados a partos por cesárea en gestantes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital PNP Luis N Sáenz durante el periodo Junio 2017 – Junio 2018”.

Objetivo: Identificar factores maternos, fetales y ovocitarios asociados al parto por cesárea en gestantes atendidas en el Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital PNP Luis N Sáenz de junio de 2017 a junio de 2018.**Material y métodos:** Este estudio fue descriptivo, analítico. , un análisis retrospectivo y transversal, y analizaron un total de 384 historias clínicas de gestantes sometidas a cesárea. Los datos obtenidos fueron procesados utilizando el programa estadístico IBM SPSS Statistics 22.0. **Resultados:** Se revisaron 384 historias clínicas que mostraron 228 embarazos sometidos a cesárea transsegmental primaria y 156 embarazos sometidos a cesárea transsegmental iterativa. Los factores asociados a parto por cesárea en ambos grupos, trabajo de parto prolongado, pródromos de parto y oligohidramnios se asocian con $p = 0,000$, $p = 0,012$, $p = 0,018$ en ambos grupos. Entre los factores ovulares, sólo la rotura prematura de membranas se muestra como factor asociado al parto por cesárea ($p=0,001$), y se encontró que la macrosomía fetal ($p=0,003$), el sufrimiento fetal ($p=0,004$) y la presentación fetal son los factores embarazo anormal ($p=0.000$) y múltiple ($p=0.041$) son factores asociados a parto por cesárea, macrosomía fetal con OR (2.208) e IC 95% (1.3003-7.48) y sufrimiento fetal con OR (3.500) e IC 95% (1.413-8.867) y presentación fetal anormal con OR (9.895) e IC 95% (5.546-17.654) factores de riesgo para cesárea. . **Conclusiones:** Factores maternos: desproporción cefalopélvica, pródromos de trabajo de parto, parto prolongado, oligohidramnios; factores fetales: macrosomía, sufrimiento fetal, presentación fetal, embarazo múltiple; Factores del óvulatorios: la rotura prematura de membranas se asocia con la cesárea. (11).

Carranza, E (2020). En su tesis “Cesárea iterativa como factor de riesgo para atonía uterina en pacientes atendidas en el Hospital Regional Docente de Trujillo”. **Objetivo:** Determinar si la cesárea iterativa es un factor de riesgo de atonía uterina en pacientes atendidas en el Hospital Regional Docente de Trujillo. **Material y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, analítico y de casos y controles en el que participaron 168 mujeres embarazadas, divididas en 2 grupos

según los criterios de selección: 42 pacientes con atonía uterina y 126 pacientes sin atonía uterina. Se utilizaron odds ratios y pruebas estadísticas de chi-cuadrado. **Resultados:** La frecuencia de gran multiparidad, obesidad, macrosomía y trabajo de parto prolongado fue significativamente mayor en el grupo de atonía uterina ($p < 0,05$); la cesárea iterativa en pacientes con atonía uterina fue del 38%; en pacientes sin atonía uterina la cesárea iterativa es del 17%; la cesárea iterativa es un factor de riesgo para atonía uterina, con un odds ratio de 2,90, significativo ($p < 0,05$); el análisis multivariado confirmó la importancia de la variable de riesgo: cesárea iterativa, gran multiparidad, obesidad, macrosomía fetal y parto prolongado son factores de riesgo para atonía uterina ($p < 0,05$). **Conclusión:** la cesárea iterativa no puede utilizarse como un factor de riesgo separado. La macrosomía fetal, el trabajo de parto prolongado, la obesidad y la gran multiparidad también son factores de riesgo de atonía uterina (15)

Pino, R. et al (2021). En su investigación “Frecuencia e indicaciones de cesáreas electivas y de urgencia en el Hospital Docente. Ayacucho, Perú.” **Objetivo;** conocer la frecuencia e indicaciones de las cesáreas en el Hospital Regional de Ayacucho 2019. **Material y método;** Estudio aplicado, cuantitativo, descriptivo, transversal y prospectivo con una muestra de 94 gestantes. **Resultados;** En el año 2019 el número de cesáreas en el Hospital Regional de Ayacucho fue del 51,85% (1455 casos). Las indicaciones más comunes de cesárea fueron cesárea anterior o previa en un 17,18% (250), desproporción cefalopélvica en un 13,68% (199), oligohidramnios en un 11,27% (164) y sufrimiento fetal agudo en un 9,83% (1433.), Seguimiento del embarazo gemelar, que supone el 8,73% (127 personas); presentación de podálica, que representa el 8,25% (120 personas); seguida de la preeclampsia, que representa el 6,39% (93 personas). Los tipos de cesárea más comunes realizados fueron la cesárea de emergencia (59,6%) y la cesárea electiva o planificada (40,4%). Variables como paridad, edad materna y nivel socioeconómico no tuvieron asociación estadística con el tipo de cesárea ($p > 0,05$). **Conclusiones;** la tasa de cesárea es muy alta y representa más del 50% de todos los recién nacidos cuya principal indicación es la cesárea previa. (12).

2.2. Base teórico científico

2.2.1. Cesárea

A la cesárea se le han dado una serie de afirmaciones, es el caso de Plinio el Viejo (23-79) en su libro Historia Natural, donde narra que se debía el nacimiento de Cayo Julio César (101-44 a.C.). a través de la cortadura del útero de Aurelia, su madre, derivando el nombre de la maniobra de la palabra *caesus*, que quiere decir cortado (Cuaderno de Historia No. 84, 1998, La Habana).

Etimológicamente, nacer de un niño cortando las paredes abdominales proviene del verbo latino *caedere*, que significa cortar. En el Imperio Romano, los recién nacidos que realizaban esta vía eran llamados *cesones* o *cesares* (Arancibia, 2002).

Existe controversia sobre quién acuñó realmente el nombre de cesárea, y algunos autores se lo atribuyen al obstetra francés Jacques Guillaume, quien utilizó "sección" del latín *secare* (cortar) en su libro sobre partería. ", publicado en 1598 (Arancibia, 2002). Otros autores atribuyen el término al médico François Rousseau, duque de Saboya, porque publicó el tratado "Traite nouveau de l'hysterotomotokie, ov Enfantement Caesarien" (Un nuevo tratado sobre histerectomía o cesárea) en 1581 en París, Francia. Nacimiento), una monografía en la que determina las causas y vivencias a partir de la correspondencia y la "historia de la oftalmología" que le introdujeron en "la necesidad de extraer al niño a través de una incisión transversal en el abdomen" y la matriz la *femme grosse ne pouvant autrement accoucher*" y las palabras "cesárea". (16)

Una cesárea es un procedimiento quirúrgico que se realiza para brindar acceso al útero a través de una incisión en la parte inferior del abdomen para que el feto pueda nacer, generalmente vivir. (17)

Otra definición establece que es un procedimiento quirúrgico que se realiza para extirpar un feto, vivo o muerto, mediante laparotomía y una incisión en la pared uterina una vez que el embarazo ha alcanzado la viabilidad fetal. (18).

2.2.2. Tipos de cesárea

2.2.2.1 Según antecedentes obstétricos de la paciente

- Cesárea previa: Es cuando hay la referencia de una cesárea anterior.
- Cesárea iterativa: Es la que se realiza en una mujer con antecedentes de dos o más cesáreas. (19)

2.2.2.2 Según indicaciones

- Cesárea electiva: durante el examen prenatal se determinan las indicaciones y se da tiempo para programar la operación en condiciones óptimas.
- Cesárea de emergencia: cesárea decidida inesperadamente debido a una patología repentina que requiere la interrupción del embarazo lo antes posible.
- Cesárea en curso de parto: La cesárea se realiza durante el parto si problemas maternos o fetales lo requieren, pero esto no indica un riesgo inminente para la madre o el feto. (19)

2.2.2.3 Según técnica quirúrgica

A. Segmentaria:

- Transversal o arciforme (tipo Monrro-Kerr): la incisión se realiza de forma transversal en el segmento uterino, la zona pasiva del órgano, que sangra menos, cicatriza mejor y permite abrir y cerrar fácilmente la pared uterina. Las cicatrices uterinas son muy flexibles, con mínimas posibilidades de separación y desgarro en embarazos posteriores y mínimas adherencias postoperatorias. Es el método quirúrgico más común debido a sus múltiples ventajas.
- Longitudinal (tipo Lee Beck): Se realizan incisiones verticales que se colocan en los segmentos y partes del cuerpo uterino.

B. Corporal clásica:

Secciona el útero a nivel del cuerpo, es decir en la parte más activa del órgano, tiene como complicaciones mayor sangrado y dehiscencia de

cicatriz en nuevos embarazos, se indica cuando hay densas adherencias por operación anterior, que hacen inaccesible el segmento uterino, feto en transverso, placenta previa de inserción anterior. (20)

2.2.3. Factores de riesgo para indicación de realización de cesárea.

Los factores se pueden catalogar en: maternos, fetales y ovulares; adicionalmente puede encontrarse indicaciones relativas o absolutas.

2.2.3.1 Factores maternos

A. Indicaciones absolutas

- Desproporción cefalopélvica por pelvis estrecha: el producto es excesivamente grande para traspasar la pelvis materna. Se trata de una enfermedad rara asociada a deformación pélvica de la madre, posición fetal anormal, deformidades, etc.
- Trastornos hipertensivos del embarazo, por ejemplo: preeclampsia o hipertensión gestacional y otros síndromes hipertensivos, son condiciones atípicas en las que la presión arterial de la madre puede llegar a ser muy alta y afectar la salud de la madre y del feto en diversos grados, incluyendo cambios en el sistema neurológico.
- Herpes genital activo: el riesgo de infección antes del embarazo o al comienzo del embarazo es casi nulo, porque la madre tiene tiempo de desarrollar anticuerpos que atraviesan la placenta y protegen los productos. El riesgo es aún más grave si el virus se activa en el tercer trimestre. Esto debe confirmarse mediante un examen ginecológico; si es positivo, definitivamente es una indicación de cesárea para reducir el riesgo de transmisión vertical.
- Virus del papiloma humano (VPH) con lesiones que obstruyen el canal del parto.
- Rotura uterina: El útero puede dañarse durante el embarazo o el parto. Algunos de los factores de riesgo más comunes incluyen cicatrices uterinas previas, dilatación y legrado, anomalías o tumores.

- Inducción fallida de trabajo de parto.
- Miomas obstructivos, fibromas y quistes ováricos: Si los miomas o quistes son grandes y obstruyen el parto del feto, esto se convierte en una indicación absoluta.
- Antecedente de dos o más cesáreas: Para evitar el riesgo de rotura uterina, se recomiendan cesáreas periódicas. (21)

B. Indicaciones relativas

- Cesárea previa: Tener una cesárea anterior no se considera una indicación para la realización de una nueva cesárea. Si se le añaden otros motivos, como periodo intergenésico, se convierte en una indicación absoluta.
- Colestasis: Esta es una enfermedad del hígado durante el embarazo. El hígado no elimina completamente los ácidos biliares, lo que aumenta su concentración en la sangre y otros tejidos. Para las mujeres embarazadas, se considera una lesión benigna, pero significa sufrimiento y amenaza la vida del niño, por lo que es señal de interrupción del embarazo; La vía de parto elegida dependerá de si el cuello uterino es favorable o desfavorable.
- Embarazo postérmino: el embarazo por sí solo no es indicación de cesárea. Un embarazo a término puede durar de 37 a 42 semanas.
- Primigesta añosa: Gestantes con edad mayor a 35 años, en sí misma no es una indicación de cesárea.
- Infección materna por el virus de la inmunodeficiencia humana: dependiente de la carga viral al nacer. Ante una carga viral alta o desconocida se recomienda zidovudina y se planifica la cesárea.
- Sobrepeso: por sí solo no es una indicación de cesárea. Sin embargo, las mujeres embarazadas con obesidad tienen más probabilidades de sufrir diabetes gestacional, hipertensión gestacional, macrosomía, parto prolongado, etc.
- Distocia dinámica refractaria del trabajo de parto. (22)

2.2.3.2 Factores fetales

A. Indicaciones absolutas:

- Desproporción cefalopélvica por macrosomía fetal.
- Situación transversa: El feto nace en posición horizontal, no vertical (ni cefálica o podálica). Un embarazo pretérmino no significa que sea necesaria una cesárea, pero sí es necesaria si el feto no gira durante el parto.
- Sufrimiento fetal verdadero: Sospechado y confirmado mediante medición de la frecuencia cardíaca o monitorización fetal. La cesárea sólo es necesaria si hay signos de sufrimiento fetal agudo y no se cumplen las condiciones del parto.
- Anomalías fetales como: Meningocele, esta es una hipoplasia arqueada posterior donde las meninges sobresalen a través del espacio óseo para formar una gran masa dorsal generalmente cubierta por piel. hidrocefalia; acumulación anormal de líquido cefalorraquídeo en los ventrículos. Onfalocele o gastrosquisis; son deterioros congénitos de la pared abdominal distinguidos por la protrusión de los órganos internos del abdomen. Los órganos internos de Falocele pretenden ser a través del cordón umbilical; la gastrosquisis es a través de una apertura lateral al del cordón umbilical.
- Presentación de frente: La cabeza del producto está en la perspectiva media entre la flexión completa (presentación normal) y la ampliación completa (presentación de la cara). De esta forma, el diámetro de la cabeza del bebé es mayor que el del canal de parto. Esta condición solo se sospecha durante el parto y se confirma mediante examen vaginal.

B. Indicaciones relativas

- Presentación de cara.
- Dilatación secundaria detenida y cese del descenso durante el parto.
- Restricción de crecimiento intrauterino: Diagnosticado durante el control del embarazo, mediante ecografías obstétricas, se toman tres

parámetros: El diámetro de la cabeza, el perímetro del abdomen y la longitud del hueso fémur; con el fin de evaluar el crecimiento y desarrollo del bebé.

- Meconio: Una sustancia viscosa de color verde oscuro que se encuentra en los intestinos del feto y que se produce en ciertos ambientes y puede mezclarse con el líquido amniótico. La presencia de este meconio se debe principalmente a tres motivos: el sistema digestivo de este producto está maduro, lo que no indica sufrimiento fetal; Si las contracciones comprimen el cordón umbilical o la cabeza durante el trabajo de parto, esto puede indicar o no sufrimiento fetal; la tercera causa es el sufrimiento fetal agudo que provoca hipoxia fetal. Es importante recordar que la presencia de meconio por sí sola no indica la necesidad de una cesárea. Si se detecta sufrimiento fetal agudo, se realiza una cesárea de emergencia.
- Peso fetal: < 1500g y > 4000 g.
- Gestación múltiple: Para pacientes con embarazos gemelares, se recomienda planificar una cesárea si el primer feto viene de nalgas. Los embarazos gemelares no complicados no deben realizarse por cesárea antes de las 38 semanas de gestación, ya que esto aumenta el riesgo de dificultad respiratoria en el recién nacido.

2.2.3.3 Factores ovulares

A. Indicaciones absolutas:

- Placenta previa oclusiva: Esta es una forma anormal de implantación placentaria. Cuando cubre total o parcialmente el cuello uterino (placenta previa oclusiva total y parcial respectivamente). Es una de las principales causas de sangrado al final del embarazo y una indicación de cesárea.
- Prolapso de cordón umbilical.
- Acretismo placentario: adhesión anormal de la placenta a la pared uterina. Dependiendo del grado de intrusión, puede ser acreta, increta y percreta. El diagnóstico se puede realizar durante el seguimiento del embarazo y por tanto la indicación es una cesárea programada.

B. Indicaciones relativas:

- Abruptio Placentae con feto vivo: Separación parcial o completa de una placenta normalmente adherida antes del parto o después de la semana 20 del embarazo.
- Placenta previa no oclusiva sangrante.
- Ruptura prematura de membranas con cuello desfavorable para inducción. (11)

2.2.4. Cesárea iterativa

Es la que se practica en una paciente con antecedentes de dos o más cesáreas. Hay muchas razones por las que el número de partos por cesárea ha aumentado en los últimos años, incluida la monitorización continua de la frecuencia cardíaca fetal durante el trabajo de parto, una disminución en la capacitación de los obstetras en los partos vaginales y de presentación de nalgas y la elección de la madre para el tipo de parto luego de una cesárea anterior y aumento de la demanda de los usuarios. Algunas mujeres creen que la cesárea es una forma de parto más fácil y seguro que el parto vaginal, y la solicitud de la madre sin indicaciones obstétricas es otra indicación más de cesárea. Se recomienda a los médicos que es éticamente aceptable aceptar estas solicitudes siempre que se procesara la información adecuada y se firmara el consentimiento informado. Así, encontramos no sólo varias indicaciones médicas para la cesárea, sino también otras indicaciones dependientes de factores sociales y psicológicos, cada vez más cuestionadas por todos los sistemas de salud (3). El plan de nacimiento para las mujeres que tuvieron hijos por cesárea anterior deberá comenzar al inicio del control de la prenatal e incluso puede comenzar preconcepcionalmente.

Las mujeres con el antecedente de cesárea anterior tienen dos opciones:

- Iniciar un trabajo de parto con el objetivo de lograr un parto vaginal después de una cesárea (PVDC). Si es necesaria una cesárea, se denomina "PVDC fallido". En general, la tasa de éxito para las mujeres que intentan un PVDC es de alrededor del 75 por ciento. Esta tasa varía entre centros y proveedores y está influenciada por una variedad de factores preparto, intraparto, y factores no médicos (3).

- Disponer una nueva cesárea, que incluye la cesárea programada, así como cesáreas planificadas, pero no programadas que se realizan porque el trabajo de parto espontáneo o la otra indicación dieron lugar a la necesidad de su realización antes de la fecha programada (3).

La cesárea iterativa es un importante factor de riesgo de anomalías placentarias, restricción del crecimiento fetal, parto prematuro y muerte intrauterina.

Riesgos:

- Infecciones

La complicación materna más común asociada con la cesárea es la infección. Esto incluye infecciones del sitio quirúrgico como endometritis o infecciones de heridas, pero también son comunes las infecciones del tracto urinario y respiratorio. Este riesgo aumenta en mujeres que están en trabajo de parto y finalizan en una cesárea.

- Anomalías de inserción placentaria

La placenta acreta es la consecuencia más común y más grave a largo plazo del parto por cesárea es un aumento de la tasa de placenta acreta. Esta condición ocurre cuando la placenta se adhiere de manera anormal al miometrio en lugar de a la decidua uterina. Después del nacimiento, la placenta no puede separarse adecuadamente del útero, lo que provoca que las mujeres embarazadas se enfrenten a hemorragias que ponen en peligro su vida.

- Morbilidad quirúrgica

El parto por cesárea, especialmente las cesáreas múltiples, aumenta el riesgo de morbilidad en operaciones posteriores. Esto se debe en gran medida a la placenta, pero las cesáreas múltiples también se asocian con morbilidad posterior por adherencias y otras complicaciones quirúrgicas.

- Infertilidad.

Las cesáreas también se asocian con una fertilidad reducida; la cirugía afecta la vascularización local, lo que afecta la permeabilidad de las trompas y la captación de óvulos, lo que afecta la fertilidad.

- Hemorragia obstétrica.

La hemorragia obstétrica se refiere al sangrado que ocurre entre las 24 semanas de gestación y antes del parto, incluida la pérdida de sangre superior a 500 ml en el parto vaginal o superior a 1000 ml durante la cesárea y la pérdida de la concentración de hemoglobina > 40 g/l Y se deben transfundir más de 4 unidades de concentrados de glóbulos rojos.

- Ruptura uterina

Se entiende por rotura uterina un desgarro en la parte vaginal superior del cuello uterino, la parte inferior del cuerpo del útero. La rotura uterina es una de las complicaciones más graves del embarazo y el parto. (6)

2.3 Definición conceptual y operativa de términos

Cesárea: Es una intervención quirúrgica que consiste en realizar una incisión en la pared abdominal (laparotomía) y otra en la pared uterina (histerotomía); y extraer el feto.

Cesárea anterior o previa: 01 nacimiento previo a través de una cesárea.

Cesárea iterativa: Es la que se practica en una paciente con antecedentes de dos o más cesáreas.

Tipo de parto: Expulsión del producto de la concepción y anexos ovulares (placenta, cordón umbilical y membranas), por parto vaginal o cesárea.

Factor de riesgo. Característica biológica o conducta que incrementa la probabilidad de padecer o morir de alguna enfermedad en aquellos individuos que la presentan. Debe cumplir los requisitos de ser un predictor estadístico de la enfermedad, precederla en el tiempo y mantener su efecto al neutralizar otros factores (causalidad).

Riesgo. Es la probabilidad de enfermar o morir, como medida epidemiológica de asociación mide la probabilidad de exposición a un evento mórbido.

Indicación de la cesárea actual: Las condiciones peligrosas que conducen a la cesárea tienen como objetivo proteger a la madre o del feto.

Edad: Tiempo cronológico transcurrido en años, entre el nacimiento hasta la actualidad.

Periodo intergenésico: se tiene en cuenta el tiempo transcurrido entre el último evento de nacimiento y el inicio del siguiente embarazo: <2 años, 2 a 4 años, >4 años.

Atenciones prenatales: Es un conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos encaminados a prevenir, diagnosticar y tratar los factores que pueden afectar la morbilidad materna y perinatal, a través de los cuales podemos monitorear el desarrollo del embarazo y preparar a la madre para el nacimiento y la crianza de un niño.

Macrosomía fetal: Es el peso fetal estimado a nivel intrauterino que se realiza mediante el uso de la ultrasonografía o la medición de la altura uterina, cuyo valor arroja más de 4,000 gr.

Desproporción céfalo pélvico: Es una disparidad entre las dimensiones de la cabeza fetal y la pelvis materna, lo que se traduce en un enlentecimiento o detención de la dilatación cervical y el descenso de la cabeza fetal a pesar de la presencia de contracciones uterinas adecuadas, lo que impide el parto por vía vaginal.

Alteraciones del volumen del líquido amniótico: Es el incremento (Polihidramnios) o descenso (Oligohidramnios) del volumen normal del líquido amniótico de acuerdo a la edad gestacional.

Sufrimiento fetal: Es aquella asfixia fetal progresiva, que, si no es corregida o evitada, provocará una descompensación de la respuesta fisiológica, desencadenando un daño permanente del Sistema Nervioso Central (SNC), falla múltiple de órganos y muerte.

2.4. Variables y operacionalización

V1: variable independiente

Factores de riesgo:

- Edad
- Periodo intergenésico
- Número de controles prenatales
- Macrosomía fetal
- Cesareada anterior
- Desproporción céfalo pélvica
- Alteración del volumen del líquido amniótico
- Distocias de presentación
- Sufrimiento fetal

V2: variable dependiente

Cesárea iterativa

2.5. Hipótesis

La edad, periodo intergenésico, número de controles prenatales, macrosomía fetal, cesareada anterior, desproporción céfalo pélvica, alteraciones del volumen del líquido amniótico, distocias de presentación y el sufrimiento fetal son factores de riesgo asociados a la Cesárea iterativa en el Hospital Regional de Ayacucho durante el año 2021.

CAPITULO III

METODOLOGÍA

3.1. Tipo de investigación

Aplicada

3.2. Nivel de investigación

Analítico de caso - control

3.3. Métodos de investigación

Cuantitativa transversal retrospectiva

3.4. Diseño de investigación

No experimental

3.5. Población muestra y muestreo

3.5.1. Población

Constituida por 1637 gestantes con cesárea, atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho en el año 2021.

3.5.2. Muestra

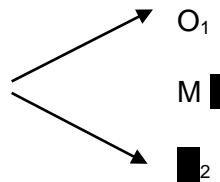
La muestra estuvo constituida por 312 puérperas con cesárea anterior y 296 puérperas con cesárea iterativa, que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión

- Puérperas con parto por cesárea atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia durante el año 2021.
- Historias clínicas con el registro de datos completos y legible

Criterios de exclusión

- Se excluyeron a todas las historias clínicas que tengan datos incompletos e ilegibles.
- Historias clínicas de puérperas de parto vaginal - Historias clínicas de otros años.



Dónde:

M = Muestra

O₁ = variable

V1: Factores asociados.

V2: Cesárea iterativa

O₂ = variable 2:

r = Correlación entre dichas variables.

3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Técnica

- Revisión de historias clínicas.
- Sistematización de datos

Instrumento

- Historias clínicas.
- Ficha de recolección de datos

3.7. Procedimiento de recolección de datos

A través del Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud se solicitó autorización al Director del Hospital Regional de Ayacucho para realizar el presente trabajo de investigación.

Una vez conseguido la autorización, se identificó las historias clínicas de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión.

La información contenida en las historias clínicas de aquellas gestantes que tuvieron parto por cesárea durante el año 2021 fueron anotados en la ficha de recolección de datos estructurados de acuerdo a las variables de estudio.

Concluido con el recojo de información se procedió a la codificación de cada instrumento de recolección de datos para crear la base de datos primaria en la hoja de cálculo Excel.

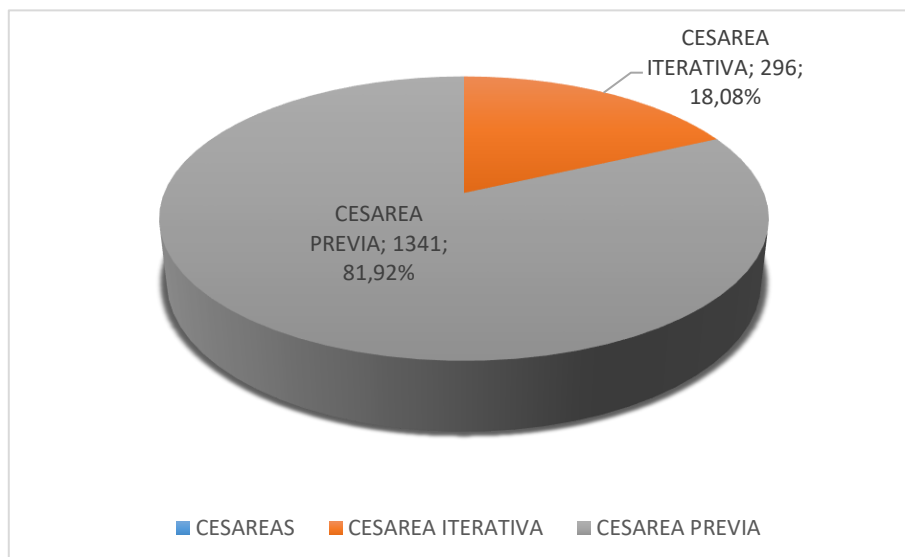
De la Historia clínica se tomó los datos consignados en el formulario de recolección de datos, teniendo en cuenta los siguientes datos: edad, paridad, periodo intergenésico, número de controles prenatales, la macrosomía fetal, cesareada anterior, desproporción céfalo pélvica, alteraciones del volumen del líquido amniótico, distocia de presentación y el sufrimiento fetal; así como el número de veces que fueron cesareadas.

3.8. Procesamiento y análisis de datos

Se analizó los datos usando la estadística descriptiva y estadística inferencial. Para el procesamiento se realizó una base de datos en Microsoft Office Excel, con posterior análisis cuantitativo de datos mediante el paquete estadístico informático SPSS versión 26.0 (Statistical Package For Social Science). El análisis de tablas de contingencia obtenidas con los cruces referenciados de las variables, se analizaron de acuerdo a la naturaleza de las variables del estudio, mediante frecuencia simple y estimación de porcentaje. Para establecer la asociación de los factores estudiados se utilizó la prueba estadística de Chi cuadrado con una significancia de $p < 0,05$. Así mismo se aplicó la prueba de regresión logística Odds Ratio (OR) para identificar el factor de riesgo en los grupos en estudio de casos y controles.

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN



Fuente: Sistema Informático Perinatal del HRA

Figura 1: Incidencia de cesárea iterativa en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho durante el año 2021.

La figura 01 representa la incidencia de cesárea iterativa donde se muestra que durante el año 2021 se realizaron un total de 1637 intervenciones quirúrgicas para la culminación del embarazo, de las cuales el 81,92% (1341) fueron cesareadas por primera vez y el 18,08% (296) tuvieron esta cirugía por 2 veces o más.

Con estos datos se concluye que la incidencia de cesárea iterativa en el Hospital Regional de Ayacucho durante el año 2021 es de 18,08%.

La incidencia de cesáreas iterativas en el Perú no está claramente determinada, más aún en nuestra región de Ayacucho, debido a la falta de datos específicos sobre este tema. Sin embargo, se sabe que la tasa general de cesáreas en el país ha aumentado en los últimos años. Según el Ministerio de Salud del Perú, en el año 2019, el 55.5% de los partos realizados en el sistema público de salud fueron por cesárea.

La cesárea iterativa se refiere a aquellas mujeres que ya han tenido una cesárea previa y posteriormente optan por otra cesárea en los siguientes partos. Tal como se observa en nuestros resultados el 18% son mujeres con cesárea iterativa,

esto es debido a diversos factores, como las indicaciones médicas, la elección de la madre y la decisión del Gineco-Obstetra.

Es importante destacar que la cesárea iterativa puede aumentar el riesgo de complicaciones para la madre y el bebé, como infecciones, daño en el útero y dificultades respiratorias en el recién nacido. Por lo tanto, se sugiere que se realice una evaluación individualizada de cada caso y se promueva el parto vaginal después de cesárea (PVDC) cuando sea seguro y adecuado, para evitar intervenciones quirúrgicas innecesarias.

Resultados que coinciden con lo descrito por **Pino R, et al (2021)** en su investigación “Frecuencia e indicaciones de cesáreas electivas y de urgencia en el hospital docente. Ayacucho, Perú” quienes refieren que la indicación más frecuente de las cesáreas fue por cesárea anterior o previa con 17,18% (250),

Asimismo, destaca con mayores valores de cesárea iterativa **Velazco PL. (2018)** en su tesis “Complicaciones materno neonatales y su asociación con la vía de culminación del parto de pacientes con cesárea previa, atendidas en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado-2017” quien encontró del total de pacientes con cesárea previa el 61,17% culminaron su gestación en parto vaginal y el 38,83% en cesárea iterativa.

Sin embargo, **Manzano, G. (2011)** en su artículo “Incidencia y factores asociados a cesárea iterativa en adolescentes: Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2005 – 2009” manifiesta que se registró 584 partos de adolescentes multigestas, 264 correspondieron a cesáreas iterativas, por lo tanto, concluye que la incidencia de cesáreas iterativas en adolescentes multigestas, fue de 45%. Asociado a desproporción céfalo-pélvica y con menor indicación por el mayor número de hijos vivos y abortos previos.

También **Quispe, NJ y Sánchez MJ (2019)** en su tesis “Tipo de parto y complicaciones materno perinatales en pacientes con cesárea previa atendidas en el Hospital II Essalud. Ayacucho, enero 2017 - julio 2019” encontraron que del 100% (416) historias clínicas revisadas de pacientes atendidas entre los años

2017 al 2019, el 53% (222) fueron pacientes con cesárea previa y 47% (194) con más de 2 cesáreas previas, es decir iterativa.

Tabla 1. Tipo de cesárea Electiva o de Urgencia en las mujeres con cesárea iterativa. Hospital Regional de Ayacucho. 2021.

Tipo de Cesárea	CESAREA ITERATIVA				TOTAL	
	Si		No		N°	%
	N°	%	N°	%		
Electiva	280	94,6	277	88,8	557	91,6
Urgencia	16	5,4	35	11,2	51	8,4
TOTAL	296	100,0	312	100,0	608	100,0

Fuente: ficha de recolección de datos

$$\chi^2 = 6,678 \quad \chi^2_t = 3,841 \quad gl=1 \quad p < 0,05 \quad OR: 2,21$$

En la tabla 1 se observa el tipo de cesárea realizados en la cesárea iterativa, donde se muestra que del 100% (296) gestantes, el 94,6% (280) fueron realizados de manera electiva y el 5,4% (16) fueron cesáreas por urgencia. Mientras que en el grupo control del 100% (312) gestantes cesareadas por primera vez, el 88,8% (277) fueron cesáreas electivas y el 11,2% (35) fueron por urgencia las cesáreas.

Por lo tanto, se concluye que el 94,6% de gestantes con cesárea iterativa fueron realizadas de manera electiva en el Hospital Regional de Ayacucho, durante el año 2021.

Al contrastar estos resultados con la prueba estadística de chi cuadrado se encontró diferencia estadística significativa ($p < 0,05$) lo cual nos indica que el tipo de cesárea electiva está asociado con la cesárea iterativa.

Al aplicar las medidas de regresión logística odds ratio resulta un OR: 2,21 lo que significa que el realizar una cesárea de manera electiva tiene 2 veces más de probabilidad de tener una cesárea iterativa, es decir 2 o más veces.

La cesárea electiva es una cirugía programada que se realiza cuando no hay necesidad inmediata de realizar un parto vaginal. Se puede optar por una cesárea electiva por varias razones, como: Historia previa de cesárea,

presentación distócica del feto, si la madre tiene ciertas condiciones médicas que podrían hacer que un parto vaginal sea riesgoso.

Por otro lado, la cesárea de urgencia es una cirugía que se realiza de manera inmediata y no programada debido a una complicación durante el parto o a una emergencia médica que pone en peligro la salud de la madre o del feto. Algunas indicaciones por las cuales se puede realizar una cesárea de urgencia son: sufrimiento fetal, placenta previa, prolapso del cordón umbilical.

Resultados que coinciden con lo descrito por **Angel, E. et al (2020)** en su artículo "Factores asociados a partos por cesárea en un hospital peruano." Quienes encontraron en una muestra de 988 partos, de los cuales 659 fueron vaginales (66,7%), 209 fueron por cesáreas electivas (21,2%), y 120 por cesáreas de emergencia (12,2%) y concluyen que al comparar las cesáreas electivas y de emergencia, se observa que las cesáreas de emergencia tuvieron menor frecuencia que las cesáreas electivas, en particular en el año 2018. (29)

Sin embargo, contrariamente a nuestros resultados **Pino R, et al (2021)** en su investigación "Frecuencia e indicaciones de cesáreas electivas y de urgencia en el hospital docente. Ayacucho, Perú en la cual refieren que la frecuencia de cesáreas durante el año 2019, en el Hospital Regional de Ayacucho fue 51,85% (1455) y el tipo de cesárea que más se realiza son las cesáreas de urgencia en 59,6% y las cesáreas electivas o programadas en 40,4%. (12)

La decisión de realizar una cesárea iterativa de urgencia se debe a diferentes razones, tales como las complicaciones del embarazo o del parto, detención del progreso del trabajo de parto, sufrimiento fetal, problemas de placenta, entre otros. Es importante destacar que la decisión de realizar una cesárea electiva o de urgencia para generar una cesárea iterativa debe ser evaluada y tomada la decisión final por el profesional de la salud especialista, teniendo en cuenta la situación particular de cada embarazo y los potenciales riesgos y beneficios tanto para la madre y el feto.

Tabla 2 La edad materna como factor de riesgo de la cesárea iterativa.

Hospital Regional de Ayacucho. 2021.

Edad materna (en años)	CESAREA ITERATIVA				TOTAL	
	Si		No			
	N°	%	N°	%	N°	%
20 años a mas	296	100,0	299	95,8	595	97,9
14 a 19 años	00	00,0	13	4,2	13	2,1
TOTAL	296	100,0	312	100,0	608	100,0

Fuente: ficha de recolección de datos

$$\chi^2 = 12,603 \quad \chi^2_i = 3,841 \quad gl=1 \quad p < 0,05 \quad OR: 12,86$$

La tabla 2 muestra a la edad materna como un factor de riesgo para la cesárea iterativa, donde se observa que el 100% (296) gestantes con edades de 20 años a más tienen cesárea iterativa. Mientras que en el grupo control del 100% (312) gestantes cesareadas por primera vez, el 95,8% (299) tenían edades de 20 años a más y el 4,2% (13) fueron adolescentes.

Por lo tanto, se concluye que el 100% de gestantes con cesárea iterativa tienen edades de 20 años a más, en el Hospital Regional de Ayacucho, durante el año 2021.

Al contrastar estos resultados con la prueba estadística de chi cuadrado se encontró diferencia estadística significativa ($p < 0,05$) lo cual nos indica que la edad materna de 20 años a más está asociada con la cesárea iterativa.

Al aplicar las medidas de regresión logística odds ratio resulta un OR: 12,86 lo que significa que el tener una edad de 20 años a más, tiene 12 veces más de probabilidad de riesgo para una cesárea iterativa.

Resultados similares refiere **Manny, A. I. & Tovar, J. M. (2018)** en su artículo "Incidencia de la operación cesárea según la clasificación de Robson en el Servicio de Ginecología y obstetricia del Hospital Gral. Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez del instituto de Seguridad Social al Servicio de los trabajadores del

Estado” en la cual encontró que se concluyó el embarazo a 706 mujeres con un porcentaje de cesárea del 65.29%. El promedio de edad fue de 31 ± 4.2 años, y el de la edad gestacional fue de 38.5 ± 6.7 semanas. (5)

Asimismo, **Vásquez, A. (2021)** en su tesis “Cesárea iterativa como factor de riesgo y resultados materno-fetales en centro médico ISSEMYM ECATEPEC durante el periodo de un año”, donde observa que de un total de 45 pacientes que presentan cesárea iterativa dentro del rango de edad 19 a 27 años se encuentran 7; y en el rango de 37 a 45 años se encuentran 8, por lo tanto, en el rango de 28 a 36 años existe el mayor número de pacientes (30).

La edad materna está considerada como un factor de riesgo para la cesárea iterativa, porque a medida que van transcurriendo los años se van incrementando la probabilidad de tener otro embarazo y consecuentemente al tener ya una cesárea previa podría terminar también en otra cesárea que ya sería una iterativa, el cual se presenta mayormente en mujeres con edades de 20 años a más, y no así en las mujeres adolescentes.

Tabla 3 El periodo intergenésico como factor de riesgo de la Cesárea iterativa. Hospital Regional de Ayacucho. 2021.

Periodo intergenésico	CESAREA ITERATIVA				TOTAL	
	Si		No		N°	%
	N°	%	N°	%		
Menor a 2 años	106	35,8	91	29,2	197	32,4
Mas de 5 años	114	38,5	126	41,3	143	40,0
De 2 a 5 años	76	25,7	92	29,5	168	27,6
TOTAL	296	100,0	312	100,0	608	100,0

Fuente: ficha de recolección de datos

$$\chi^2 = 3,173 \quad \chi_t^2 = 5,991 \quad gl=2 \quad p > 0,05$$

La tabla 3 representa el periodo intergenésico como factor de riesgo para la cesárea iterativa, donde se observa que del 100% (296) gestantes con cesárea iterativa, el 38,5% (114) tuvieron periodo intergenésico más de 5 años, seguido del 35,8% (106) con periodo intergenésico menor a 2 años. Mientras que en el grupo control del 100% (312) gestantes cesareadas por primera vez, el 41,3% (126) tenían periodo intergenésico de más de 5 años y el 29,8% (92) de 2 a 5 años.

Por lo tanto, se concluye que el 38,5% de gestantes con cesárea iterativa tienen periodo intergenésico más de 5 años, en el Hospital Regional de Ayacucho, durante el año 2021.

Al contrastar estos resultados con la prueba estadística de chi cuadrado no se encontró diferencia estadística significativa ($p > 0,05$) lo cual nos indica que el periodo intergenésico no está asociado con la cesárea iterativa.

Resultados similares refiere **Velazco, PL. (2018)** en su tesis “Complicaciones materno neonatales y su asociación con la vía de culminación del parto de pacientes con cesárea previa, atendidas en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado-2017” quien encontró del total de pacientes con cesárea previa, el 61,17% culminaron su gestación en parto vaginal y el 38,83% en cesárea iterativa y que el periodo intergenésico correspondiente en su mayoría era de 5 años con 60,19%.

También **Manzano, G. (2011)** en su artículo “Incidencia y factores asociados a cesárea iterativa en adolescentes: Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2005 – 2009” manifiesta que el periodo intergenésico de las adolescentes con cesárea iterativa fue una media de 24.2 meses \pm 8.4

Asimismo, **Quispe, NJ y Sánchez, MJ (2019)** en su tesis “Tipo de parto y complicaciones materno perinatales en pacientes con cesárea previa atendidas en el Hospital II Essalud. Ayacucho, enero 2017 - julio 2019” encontraron que del 100% (222) gestantes con cesárea previa, el mayor porcentaje 75.2% (167) fueron primíparas, el 48.2% (107) presentó periodo intergenésico > 5 años.

Estos resultados demuestran que el tener un periodo intergenésico largo por más de 5 años, denotan que el organismo materno regresiona a su estado inicial de reproducción, motivo por lo cual las gestantes son consideradas nuevamente como nulíparas y por otros factores complementarios culminan su embarazo nuevamente en una cesárea, incrementando las tasas de cesáreas iterativas.

Tabla 4 Número de atenciones prenatales como factor de riesgo de la Cesárea iterativa. Hospital Regional de Ayacucho. 2021.

Número de atenciones prenatales	CESAREA ITERATIVA				TOTAL	
	Si		No		N°	%
	N°	%	N°	%		
1 a 5	83	28,0	67	21,5	150	24,7
6 a mas	187	63,2	214	68,6	401	66,0
Ninguno	26	8,8	31	9,9	57	9,4
TOTAL	296	100,0	312	100,0	608	100,0

Fuente: ficha de recolección de datos

$$\chi^2 = 3,545 \quad \chi^2_t = 5,991 \quad gl=2 \quad p > 0,05$$

La tabla 4 muestra el número de atenciones prenatales como factor de riesgo para la cesárea iterativa, donde se observa que del 100% (296) gestantes con cesárea iterativa, el 63,2% (187) tuvieron 6 a más veces su atención prenatal, seguido del 28,0% (83) refieren 1 a 5 atenciones. Mientras que en el grupo control del 100% (312) gestantes cesareadas por primera vez, al 68,6% (214) le atendieron 6 a más veces y al 21,5% (67) de 1 a 5 veces.

Por lo tanto, se concluye que el 63,2% de gestantes con cesárea iterativa tuvieron 6 a más veces su atención prenatal, en el Hospital Regional de Ayacucho, durante el año 2021.

Al contrastar estos resultados con la prueba estadística de chi cuadrado no se encontró diferencia estadística significativa ($p > 0,05$) lo cual nos indica que el número de atenciones prenatales no está asociado con la cesárea iterativa.

Se puede observar la mayor concentración de gestantes con una atención prenatal completa, es decir de 6 a más veces en el grupo de cesáreas iterativas, esto debido a que el hecho de tener una cesárea previa en un embarazo anterior, motiva a que la gestante en su nuevo embarazo cumpla con todas las indicaciones realizadas por el profesional encargado de la atención prenatal y que finalmente para salvaguardar la salud materna y fetal culminan nuevamente en una cesárea principalmente electiva tal como se ha descrito en las tablas anteriores.

Resultados concordantes con lo encontrado por **Montes, IK y Muñoz, JM. (2023)** en su tesis “Factores asociados a la indicación de cesárea en el Hospital de Apoyo Cangallo 2018-2021” quienes manifiestan que el mayor número de atenciones prenatales (6 a más) representa el 87,7% de los casos de cesárea iterativa con un $p=0,035$ y $OR=1,64$ donde la probabilidad de presentar un parto por cesárea es 1,64 (1,032 – 2,605) veces más cuando la paciente presenta un mayor número de atenciones prenatales.

Tabla 5 La macrosomía como factor de riesgo de la Cesárea iterativa. Hospital Regional de Ayacucho. 2021.

Macrosomía Fetal	CESAREA ITERATIVA				TOTAL	
	Si		No		N°	%
	N°	%	N°	%		
Si	30	10,1	35	11,2	65	10,7
No	266	89,9	277	88,8	543	89,3
TOTAL	296	100,0	312	100,0	608	100,0

Fuente: ficha de recolección de datos

$$\chi^2 = 0,187 \quad \chi_t^2 = 3,841 \quad gl=1 \quad p > 0,05 \quad OR: 0,893$$

La tabla 5 representa la macrosomía fetal como un factor de riesgo para la cesárea iterativa, donde se observa que del 100% (296) gestantes con cesárea iterativa, el 89,9% (266) no reportaron macrosomía fetal y en el 10,1% (30) sí. Mientras que en el grupo control del 100% (312) gestantes cesareadas por primera vez, el 88,8% (277) no tuvo macrosomía fetal y el 11,2% (35) si fueron sus fetos macrosómicos.

Por lo tanto, se concluye que el 89,9% de gestantes con cesárea iterativa no presentaron fetos macrosómicos, en el Hospital Regional de Ayacucho durante el año 2021.

Al contrastar estos resultados con la prueba estadística de chi cuadrado no se encontró diferencia estadística significativa ($p > 0,05$) lo cual nos indica que la macrosomía fetal no está asociado con la cesárea iterativa.

Al aplicar las medidas de regresión logística odds ratio resulta un OR: 0,893 lo que significa que la macrosomía fetal no es un factor de riesgo para tener una cesárea iterativa.

La macrosomía fetal es una indicación absoluta de cesárea, el cual se puede presentar en cada embarazo de manera independiente, motivo por lo cual en las gestantes con cesárea iterativa representa solo el 10,1%. Esta anomalía fetal se produce por diferentes causas entre ellas Índice de Masa Corporal elevado,

diabetes materna, multiparidad, embarazo prolongado y los antecedentes de hijos macrosómicos anteriores.

Resultados concordantes con lo publicado por **Velazco, PL. (2018)** en su tesis “Complicaciones materno neonatales y su asociación con la vía de culminación del parto de pacientes con cesárea previa, atendidas en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado-2017” quien encontró del total de pacientes con cesárea previa, el 61,17% culminaron su gestación en parto vaginal y el 38,83% en cesárea iterativa. El motivo principal de cesáreas iterativas fue por trabajo de parto disfuncional (22,50%) y macrosomía fetal (12,50%).

Sin embargo, no coincidimos con **Zelada, VP. (2019)** quien en su tesis “Factores maternos, fetales y ovulares asociados a partos por cesárea en gestantes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital PNP Luis N Sáenz durante el periodo Junio 2017 – Junio 2018” reporta que de las 228 gestantes con cesárea previa, el 72% presentaron productos con macrosomía fetal y 28% no presentaron a comparación de las gestantes con cesárea iterativa, el 85% presentaron macrosomía fetal y 15% no presentaron. Por lo que manifiesta que existe evidencia estadísticamente significativa para concluir que existe asociación entre la macrosomía fetal y partos por cesárea ($p= 0,003$)

Tabla 6 La cesárea anterior como factor de riesgo de la Cesárea iterativa. Hospital Regional de Ayacucho. 2021.

Cesárea anterior	CESAREA ITERATIVA				TOTAL	
	Si		No		N°	%
	N°	%	N°	%		
2 a más veces	296	100,0	00	00	296	48,6
1 vez	00	00,0	312	100,0	312	51,4
TOTAL	296	100,0	312	100,0	608	100,0

Fuente: ficha de recolección de datos

$$\chi^2 = 498,450 \quad \chi^2_t = 3,841 \quad gl=1 \quad p < 0,05 \quad OR: 92,35$$

En la tabla 6 se observa a la cesárea anterior como factor de riesgo de la cesárea iterativa, donde se muestra que el 100% (296) gestantes con cesárea iterativa, presentaron cesárea anterior 2 a más veces y en el grupo control el 100% (312) gestantes fueron cesareadas por primera vez.

Por lo tanto, se concluye que el 100% de gestantes con cesárea iterativa tuvieron cesárea anterior 2 a más veces en el Hospital Regional de Ayacucho, durante el año 2021.

Al contrastar estos resultados con la prueba estadística de chi cuadrado se encontró diferencia estadística significativa ($p < 0,05$) lo cual nos indica que la cesárea anterior está asociada con la cesárea iterativa.

Al aplicar las medidas de regresión logística odds ratio resulta un OR: 92,35 lo que significa que el tener una cesárea anterior tiene 92 veces más de probabilidad de tener una cesárea iterativa.

Está comprobado que el tener una cesárea previa que se realiza por diferentes motivos, genera en el futuro embarazo también la misma intervención quirúrgica, el cual se realiza en su mayoría de manera electiva, motivo por lo cual se debe de realizar un estudio más minucioso a estas mujeres con antecedente de cesárea previa para evitar el actual incremento en las tasas de cesáreas.

Nuestros resultados lo refrendan **Manny, A. I. y Tovar, J. M. (2018)** quienes refieren en su artículo “Incidencia de la operación cesárea según la clasificación de Robson en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Gral. Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los trabajadores del Estado” que la indicación materna más frecuente de cirugía fue por cesárea iterativa, y la fetal por distocia de presentación y concluye manifestando que la existencia de cicatriz uterina previa fue el factor determinante en la mayor parte de las cesáreas, por lo cual sugiere incidir sobre la indicación de la primera cesárea y así disminuir cicatrices uterinas. (5)

Sin embargo, **Montes, IK y Muñoz, JM. (2023)** en su tesis “Factores asociados a la indicación de cesárea en el Hospital de Apoyo Cangallo 2018-2021” encontraron que presentar antecedente de cesárea anterior representa el 30% de las cesáreas iterativas con un $p=0,000$ y con $OR=4,9$, donde la probabilidad de presentar un parto por cesárea es 4,9 (2,964 – 8,083) veces más cuando la paciente presenta un antecedente de cesárea anterior.

Tabla 7. La desproporción céfalo pélvica como factor de riesgo de la Cesárea iterativa. Hospital Regional de Ayacucho. 2021.

Desproporción céfalo pélvica	CESAREA ITERATIVA				TOTAL	
	Si		No		N°	%
	N°	%	N°	%		
Si	19	6,4	46	14,7	65	10,7
No	277	93,6	266	85,3	543	89,3
TOTAL	296	100,0	312	100,0	608	100,0

Fuente: ficha de recolección de datos

$$\chi^2 = 11,025 \quad \chi^2_t = 3,841 \quad gl=1 \quad p < 0,05 \quad OR: 0,397$$

La tabla 7 representa la desproporción céfalo pélvica como un factor de riesgo para la cesárea iterativa, donde se observa que del 100% (296) gestantes con cesárea iterativa, el 93,6% (277) no reportaron desproporción céfalo-pélvica y en el 6,4% (19) sí. Mientras que en el grupo control del 100% (312) gestantes cesareadas por primera vez, el 85,3% (266) no tuvo desproporción céfalo-pélvico y el 14,7% (46) si presentaron DCP.

Por lo tanto, se concluye que el 93,6% de gestantes con cesárea iterativa no presentaron desproporción céfalo-pélvica, en el Hospital Regional de Ayacucho, durante el año 2021.

Al contrastar estos resultados con la prueba estadística de chi cuadrado se encontró diferencia estadística significativa ($p < 0,05$) lo cual nos indica que la desproporción céfalo-pélvica está asociado con la cesárea iterativa.

Al aplicar las medidas de regresión logística odds ratio resulta un OR: 0,397 lo que significa que la desproporción céfalo-pélvico no es un factor de riesgo para tener una cesárea iterativa.

La desproporción céfalo pélvica es una indicación absoluta de cesárea, motivo por lo cual el diagnóstico precoz y certero es imprescindible para tomar la mejor decisión de la elección de la vía del parto, de lo contrario el someter a un trabajo de parto vaginal puede traer como consecuencia un trabajo de parto largo y laborioso, lo que aumenta el riesgo de morbilidad materna y perinatal.

Resultados coincidentes con **Zelada, VP. (2019)** quien en su tesis “Factores maternos, fetales y ovulares asociados a partos por cesárea en gestantes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital PNP Luis N Sáenz durante el periodo junio 2017 – junio 2018” encontró que 228 gestantes presentaban cesárea segmentaria trasversa primaria y 156 cesárea segmentaria trasversa iterativa y destaca en ambos grupos a la desproporción céfalo pélvica con un $p = 0,000$ como un factor asociado a partos por cesárea.

Asimismo, concordamos con **Montes, IK y Muñoz, JM. (2023)** quienes en su tesis “Factores asociados a la indicación de cesárea en el Hospital de Apoyo Cangallo

2018-2021” encontraron que la desproporción céfalo pélvico representa el 11,6% de las cesáreas iterativas con un $p=0,000$.

Tabla 8. El volumen del líquido amniótico como factor de riesgo de la Cesárea iterativa. Hospital Regional de Ayacucho. 2021.

Volumen de líquido amniótico	CESAREA ITERATIVA				TOTAL	
	Si		No		N°	%
	N°	%	N°	%		
Oligo / Poli	14	4,7	40	12,8	54	8,9
Normal	282	95,3	272	87,2	554	91,1
TOTAL	296	100,0	312	100,0	608	100,0

Fuente: ficha de recolección de datos

$$\chi^2 = 12,286 \quad \chi^2_t = 3,841 \quad gl=1 \quad p < 0,05 \quad OR: 0,338$$

La tabla 8 muestra el volumen del líquido amniótico como un factor de riesgo para la cesárea iterativa, donde se observa que del 100% (296) gestantes con cesárea iterativa, el 95,3% (282) tuvieron volumen de líquido amniótico normal y en el 4,7% (14) oligohidramnios o polihidramnios. Mientras que en el grupo control del 100% (312) gestantes cesareadas por primera vez, el 87,2% (272) tuvo volumen de líquido amniótico normal y el 12,8% (40) presentaron oligohidramnios o polihidramnios.

Por lo tanto, se concluye que el 95% de gestantes con cesárea iterativa presentaron volumen de líquido amniótico normal, en el Hospital Regional de Ayacucho, durante el año 2021.

Al contrastar estos resultados con la prueba estadística de chi cuadrado se encontró diferencia estadística significativa ($p < 0,05$) lo cual nos indica que el volumen de líquido amniótico está asociado con la cesárea iterativa.

Al aplicar las medidas de regresión logística odds ratio resulta un OR: 0,338 lo que significa que el oligoamnios o poli hidramnios no es un factor de riesgo para tener una cesárea iterativa.

La alteración en el volumen del líquido amniótico genera sufrimiento fetal crónico de larga data, el cual puede ser reflejo de un problema en la producción o la circulación del líquido, como sucede en presencia de una anomalía fetal o placentaria. Estos extremos en el volumen se acompañan de mayor riesgo de

resultado adverso del embarazo, motivo por lo cual se prefiere concluir el embarazo a través de una cesárea; motivo por el cual se registró asociación estadística significativa en el presente estudio.

Esta asociación encontrada en nuestros resultados refrenda **Zelada, VP. (2019)** en su tesis “Factores maternos, fetales y ovulares asociados a partos por cesárea en gestantes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital PNP Luis N Sáenz durante el periodo junio 2017 – junio 2018” refiere que 228 gestantes presentaban cesárea segmentaria trasversa primaria y 156 cesárea segmentaria trasversa iterativa. En ambos grupos encontró al oligohidramnios como factor asociado a partos por cesárea con un $p=0,018$

Tabla 9. Las distocias de presentación como factor de riesgo de la Cesárea iterativa. Hospital Regional de Ayacucho. 2021.

Distocias de presentación	CESAREA ITERATIVA				TOTAL	
	Si		No		N°	%
	N°	%	N°	%		
Si	12	4,1	17	5,4	29	4,8
No	284	95,9	295	94,6	579	95,2
TOTAL	296	100,0	312	100,0	608	100,0

Fuente: ficha de recolección de datos

$$\chi^2 = 0,650 \quad \chi^2_t = 3,841 \quad gl=1 \quad p > 0,05 \quad OR: 0,733$$

La tabla 9 representa las distocias de presentación como un factor de riesgo para la cesárea iterativa, donde se observa que del 100% (296) gestantes con cesárea iterativa, el 95,9% (284) no reportaron distocias de presentación y en el 4,1% (12) sí. Mientras que en el grupo control del 100% (312) gestantes cesareadas por primera vez, el 94,6% (295) no tuvo distocias de presentación y el 5,4% (17) sí.

Por lo tanto, se concluye que el 95,9% de gestantes con cesárea iterativa no presentaron distocias de presentación, en el Hospital Regional de Ayacucho, durante el año 2021.

Al contrastar estos resultados con la prueba estadística de chi cuadrado no se encontró diferencia estadística significativa ($p > 0,05$) lo cual nos indica que las distocias de presentación no están asociadas con la cesárea iterativa.

Al aplicar las medidas de regresión logística odds ratio resulta un OR: 0,733 lo que significa que las distocias de presentación no es un factor de riesgo para tener una cesárea iterativa.

Según nuestra casuística las distocias de presentación no son significativos para generar una cesárea iterativa, por tener mínima incidencia en nuestro estudio (4,1%); sin embargo, estas anomalías en la progresión del parto suelen afectar a cerca del 20% de los nacimientos. El principal factor de riesgo para que se

produzcan es que la mujer sea primípara. La distocia fetal puede deberse a una macrosomía o una posición o colocación especial dificultosa para el parto. Cuando un parto se prolonga o queda detenido por causas como la distocia, una de las posibles soluciones es la práctica de una cesárea de urgencia.

Resultados que discrepan con lo encontrado por **Zelada, VP. (2019)** en su tesis “Factores maternos, fetales y ovulares asociados a partos por cesárea en gestantes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital PNP Luis N Sáenz durante el periodo junio 2017 – junio 2018” quien refiere que 228 gestantes presentaban cesárea segmentaria trasversa primaria y 156 cesárea segmentaria trasversa iterativa y en los factores fetales se encontró que la presentación fetal anómala ($p=0,000$) es un factor asociado a partos por cesárea con un OR (9,895) e IC 95% (5,546-17,654) como factor de riesgo para cesárea

Tabla 10. Sufrimiento fetal como factor de riesgo de la Cesárea iterativa.

Hospital Regional de Ayacucho. 2021.

Sufrimiento fetal	CESAREA ITERATIVA				TOTAL	
	Si		No		N°	%
	N°	%	N°	%		
Si	20	6,8	34	10,9	54	8,9
No	276	93,2	278	89,1	554	91,1
TOTAL	296	100,0	312	100,0	608	100,0

Fuente: ficha de recolección de datos

$$\chi^2 = 3,218 \quad \chi^2_t = 3,841 \quad g=1 \quad p > 0,05 \quad OR: 0,592$$

La tabla 10 nos muestra que del 100% (296) gestantes con cesárea iterativa, el 93,2% (276) no tuvieron sufrimiento fetal y en el 6,8% (20) sí. Mientras que en el grupo control del 100% (312) gestantes cesareadas por primera vez, el 89,1% (278) no tuvo sufrimiento fetal y el 10,9% (34) sí.

Por lo tanto, se concluye que el 93,2% de gestantes con cesárea iterativa no presentaron sufrimiento fetal, en el Hospital Regional de Ayacucho, durante el año 2021.

Al contrastar estos resultados con la prueba estadística de chi cuadrado no se encontró diferencia estadística significativa ($p > 0,05$) lo cual nos indica que el sufrimiento fetal no está asociado con la cesárea iterativa.

Al aplicar las medidas de regresión logística odds ratio resulta un OR: 0,592 lo que significa que el sufrimiento fetal no es un factor de riesgo para tener una cesárea iterativa.

El sufrimiento fetal es una indicación para culminar el embarazo a través de una cesárea de urgencia; y como se ha podido observar en las tablas anteriores las cesáreas iterativas se realizan en su mayoría de manera electiva; por lo cual en el presente estudio no se encontró asociación significativa, tampoco se describe como factor de riesgo para una cesárea iterativa.

Resultados que no concuerdan con lo descrito por **Velazco, PL. (2018)** en su tesis “Complicaciones materno neonatales y su asociación con la vía de culminación del parto de pacientes con cesárea previa, atendidas en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado-2017” quien encontró del total de pacientes con cesárea previa, el 61,17% culminaron su gestación en parto vaginal y el 38,83% en cesárea iterativa. El motivo principal de cesáreas iterativas fue por sufrimiento fetal agudo (31,25%).

Asimismo, **Zelada, VP. (2019)** en su tesis “Factores maternos, fetales y ovulares asociados a partos por cesárea en gestantes atendidas en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital PNP Luis N Sáenz durante el periodo junio 2017 – junio 2018” refiere que 228 gestantes presentaban cesárea segmentaria trasversa primaria y 156 cesárea segmentaria trasversa iterativa y en los factores fetales se encontró que el sufrimiento fetal ($p=0,004$), es un factor de riesgo asociados a partos por cesárea, con un OR (3,500) e IC 95% (1,413- 8,867).

CONCLUSIONES

1. La incidencia de cesárea iterativa en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho durante el año 2021 es de 18,08%.
2. De 296 gestantes con cesárea iterativa, el 94,6% (280) fueron realizados de manera electiva y el 5,4% (16) fueron cesáreas por emergencia.
3. Los factores como el tipo de cesárea electiva, la edad materna de 20 años a más, la cesárea anterior, desproporción céfalo pélvico y el volumen alterado del líquido amniótico están asociados significativamente ($p < 0,05$) con la cesárea iterativa.
4. El tipo de cesárea electiva, la edad materna de 20 años a más y la cesárea anterior son factores de riesgo para que se realice una cesárea iterativa ($OR > 1$).

RECOMENDACIONES

1. A los profesionales Gineco-Obstetras del Hospital Regional de Ayacucho, evaluar minuciosamente las indicaciones para realizar una cesárea, el cual debe ser estrictamente necesario en casos absolutos, principalmente en pacientes con antecedente de cesárea previa, en quienes se debe de agotar las alternativas para que ésta, sea por vía vaginal y de esta manera disminuir la alta incidencia de la cesárea iterativa.
2. Los directivos del MINSA y del Hospital Regional de Ayacucho deben realizar auditoria sobre el incremento de las cesáreas, los cuales se encuentran muy por encima del promedio nacional y lo recomendado por la OMS que es de 15% como máximo.
3. Los profesionales Obstetras dar orientación y consejería en métodos anticonceptivos de larga duración a todas las pacientes post cesareadas previas para que puedan elegir y salir de alta en lo posible optando un método, de tal manera que no se embaracen de manera consecutiva y de esta manera evitar el incremento de cesárea iterativa y sus complicaciones propias de este acto quirúrgico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alza JV. Cesárea Iterativa como factor de riesgo para acretismo placentario en gestantes del Hospital Belén de Trujillo del 2012 al 2020. [Tesis para optar el título de segunda especialidad profesional]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2021. <https://hdl.handle.net/20.500.12759/7979>
2. Acuña JG. La cesárea iterativa. Rev. Colomb. Obstet. Ginecol. [Internet]. 29 de junio de 1965 [citado 2 de octubre de 2022];16(3):201-16. Disponible en: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/2146>.
<https://doi.org/10.18597/rcog.2146>
3. Barrena M, Quispe I, Flores M, León C. Frecuencia e indicaciones del parto por cesárea en un hospital docente de Lima, Perú. Rev. Perú. ginecol.obstet. [Internet]. 2020 Abr [citado 2022 Mayo 15]; 66 (2): 00004.
4. Manny A. I. & Tovar J. M. (2018). Incidencia de la operación cesárea según la clasificación de Robson en el Servicio de Ginecología y obstetricia del Hospital Gral. Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez del instituto de Seguridad Social al Servicio de los trabajadores del Estado. *Cirugia y cirujanos*, 86(3), 261–269. <https://doi.org/10.24875/CIRU.M18000044>
5. Vásquez A. Cesárea iterativa como factor de riesgo y resultados materno-fetales en centro médico ISSEMYM ECATEPEC durante el periodo de un año. [Tesis para optar el título de especialista en Ginecología y Obstetricia]. México: Universidad Autónoma de México; 2021.
6. Ghanaian women for vaginal or caesarean delivery postpartum. Ghana Med J 2009 Mar;43(1):29-33. Danso K, Schwandt H, Turpin C, Seffah J, Samba A, Hindin M. Preference of
7. -Pyyk A, Gissler M, Løkkegaard E. Cesarean section trends in the Nordic countries—a comparative analysis with the Robson classification,” Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica 2011; 96 (5): 607–616, 2017.
8. Ruiz-Sánchez Joaquín, Espino y Sosa Salvador, Vallejos-Parés Alfonso, Durán-Arenas Luis. Cesárea: Tendencias y resultados. Perinatol. Reprod.Hum. [revista en la Internet]. 2014 Mar [citado 2022 Jul 22]; 28 (1):

- 33-40.
9. Ronsman C, Holtz S, Stanton C. Socioeconomic differentials in caesarean rates in developing countries: a retrospective analysis. *Lancet*. 2006; 368: 1516-23.
 10. Zelada VP. Factores maternos, fetales y ovulares asociados a partos por cesárea en gestantes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital PNP Luis N Sáenz durante el periodo Junio 2017 – Junio 2018. [Tesis para optar el título de Médico Cirujano]. Lima: Universidad Privada Ricardo Palma; 2019.
 11. Pino R, Zorrilla V, Rodríguez M, Ochoa WW. Frecuencia e indicaciones de cesáreas electivas y de urgencia en el hospital docente. Ayacucho, Perú. *Rev Peru Cienc Salud*. 2021; 3(1): 32-7. doi: <https://doi.org/10.37711/rpcs.2021.3.1.264>
 12. Velazco Gómez PL. Complicaciones materno neonatales y su asociación con la vía de culminación del parto de pacientes con cesárea previa. Tesis de pre grado. Puerto Maldonado: Hospital Santa Rosa; 2017.
 13. Carranza E. Cesárea iterativa como factor de riesgo para atonía uterina en pacientes atendidas en el Hospital Regional Docente de Trujillo. [Tesis para optar el título de Médico Cirujano]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2020
 14. Vélez E. Factores de riesgo de la operación cesárea: Un estudio de casos y controles. [Tesis para optar el grado de Maestro en Ciencias de la Salud]. Hermosilla: Universidad de Sonora; 2010.
 15. Rubio J, Müller E. Operación cesárea. Capítulo 16. Artículo disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/2795/19/9789584476180.16.pdf>
 16. Catalogo Maestro de Guías de Prácticas Clínicas: IMSS048-08. Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea. Actualización 2104. Artículo disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/048GRR.pdf>
 17. Dirección Regional de Ayacucho. Guía de práctica clínica para la atención inmediata de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive.

- DIRESA. 2013; I (171).
18. Schwartz Ricardo. Obstetricia, R. Argentina: Edit. El Ateneo 5ª, ed.; 1995: 107-19.
 19. Gayan P, Varas J, Demetrio A, Lattus J. Protocolo de Indicación operación cesárea REV. OBSTET. GINECOL. - HOSP. SANTIAGO ORIENTE DR. LUIS TISNÉ BROUSSE. 2009; VOL 4 (2): 113-118.
 20. The American Collage of Obstetricians and Gynecologists. Patient Education. Artículo disponible en: <https://www.acog.org/Patients/Search-PatientEducation-Pamphlets-Spanish/Files/Parto-por-cesarea>
 21. Hernández Sampieri R. Metodología de la investigación. (6ta edición). México: Editorial McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V; 2014.
 22. Manzano G. Incidencia y factores asociados a cesárea iterativa en adolescentes: Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2005 - 2009. Rev Horiz Med 2011;11(2):75
 23. Montes IK y Muñoz JM. Factores asociados a la indicación de cesárea en el Hospital de Apoyo Cangallo 2018-2021. [Tesis para optar el título de Obstetra]. Ayacucho: Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga; 2020.
 24. Quispe NJ y Sánchez MJ. Tipo de parto y complicaciones materno perinatales en pacientes con cesárea previa atendidas en el Hospital II EsSalud. Ayacucho, enero 2017 - julio 2019. [Tesis para optar el título de Obstetra]. Ayacucho: Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga; 2019
 25. Ticona-Huanco D, Ticona-Rendón M, Huanco-Apaza D, García-Montenegro V, Vargas-Zeballos J. Análisis de la cesárea según la clasificación de Robson en un hospital público de Perú. Ginecol Obstet Mex. 2019 octubre;87(10):626-636. <https://doi.org/10.24245/gom.v87i10.3301>
 26. Mendoza-Vilcahuaman Jenny, Villca-Vargas Rober Julio, Romero-Parejas Pamela Estefani, Muñoz-De La Torre Rossibel Juana, Cárdenas-Pineda Lina, Guerra-Olivares Tula. Menos opción de parto en cesáreas repetidas: estudio

de caracterización. ginecología obstetra méx. [revista en Internet]. 2022 [citado el 11 de agosto de 2023]; 90(4): 342-347. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S030090412022000400006&lng=es. Epub 01-ago-2022.

<https://doi.org/10.24245/gom.v90i4.7281> .

27. Angel E. Sinchitullo-Castillo, Luis Roldán-Arbieto, Pedro M. Arango-Ochante. Factores asociados a partos por cesárea en un hospital peruano. Rev. Fac. Med. Hum. Julio 2020; 20(3):444-451. DOI 10.25176/RFMH.v20i3.3049

ANEXO



1°Anexo
UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTOBAL DE HUAMANGA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Responsables:

N° de ficha: FECHA:

I. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A CESAREA ITERATIVA

a. Edad

1. 10 a 19 años ()
2. 20 a 40 años ()

b. Periodo intergenésico

1. Corto-Menor a 2 años () 2. Largo más de 5 años ()

c. Número de atenciones prenatales

1. 1-5 () 2. 6 a más ()

d. Macrosomía Fetal

1. Si () 2. No ()

e. Cesárea anterior

1. Si () 2. No ()

g. Desproporción céfalo-pélvico

1. Si () 2. No ()

h. Alteración del volumen de líquido amniótico

1. Oligohidramnios () 2. Polihidramnios ()

i. Distocias de presentación

1. Si () 2. No ()

1. II. VARIABLE REFERIDO A LA INVESTIGACIÓN

1. Puerpera con cesárea iterativa (): Casos
2. Puerpera con cesárea previa (): Control

III. TIPO DE CESAREA

1. Electiva ()
2. Urgencia ()

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	CRITERIOS DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
1. Independiente (Factores Asociados)					
Edad Materna	Periodo de tiempo transcurrido desde el nacimiento de la gestante hasta la actualidad.	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Adolescente • Adulta 	<ul style="list-style-type: none"> • 10-19 años • 20-45 años 	Cuestionario de recolección de datos
Periodo intergenésico	Es el periodo comprendido entre un embarazo a otro.	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Corto • Adecuado • Largo 	<ul style="list-style-type: none"> • Menor a 2 años • 2 a 5 años • Más de 5 años 	
Número de atenciones prenatales	Vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto que realiza el profesional de salud	Razón	<ul style="list-style-type: none"> - Con APN - Sin APN 	<ul style="list-style-type: none"> - \geq a 6 atenciones - Menos de 6 atenciones 	
Macrosomía fetal	Es el peso fetal estimado a nivel intrauterino cuyo valor es más de 4,000 grs.	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> - Si - No 	<ul style="list-style-type: none"> - \geq 4000 grs. - < 4000 grs 	Cuestionario de recolección de datos
Cesareada anterior	Nacimiento previo a través de una cesárea.	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> - Si - No 	<ul style="list-style-type: none"> -Parto ant por cesárea - Parto ant. vaginal 	
Desproporción céfalo pélvica.	Es una disparidad entre las dimensiones de la cabeza fetal y la pelvis materna	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> - Si - No 	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de descenso de la cabeza fetal. - Descenso y encaje normal de la cabeza fetal 	
Alteración del volumen de líquido amniótico.	Es el incremento (Polihidramnios) o descenso (Oligohidramnios) del volumen normal del líquido amniótico de acuerdo a la edad gestacional.	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> - Polihidramnios - Oligoamnios 	<ul style="list-style-type: none"> -Mas de 2000cc -Menos de 300cc 	Cuestionario de recolección de datos
Sufrimiento fetal	Es aquella asfixia fetal		<ul style="list-style-type: none"> - Si 	-LCF +de 160 o -de	

	progresiva que se refleja con alteración de los latidos cardiaco fetales.	Nominal	- No	110. - LCF entre 110-160	
2. Dependiente					
Cesárea Iterativa	Es la que se practica en una paciente con antecedentes de dos o más cesáreas.	Nominal	- Si - No	- 2 o más cesáreas - 1 sola cesárea anterior	Cuestionario de recolección de datos

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS
RESOLUCIÓN DECANAL N°1027 -2023-UNSC-FCSA-D

BACHILLER: JENYFER MUCHARI PARIAN.
ROSMERY TACAS NUÑEZ.

En la ciudad de Ayacucho, siendo las 11:05 horas del dieciocho de diciembre del dos mil veintitrés, se reunieron los docentes miembros del jurado calificador del acto de sustentación de la tesis titulada **"INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADO A CESAREA ITERATIVA. HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO.2021"**, presentado por las Bachilleres **JENYFER MUCHARI PARIAN y ROSMERY TACAS NUÑEZ**, para optar el título profesional de Obstetra. Los miembros del Jurado de Sustentación están conformados por:

Presidente : Prof. Oriol Marciano Chuchón Gómez (delegado por el Decano)
Miembros : Prof. Edda Milagros Sánchez Huamani
: Prof. Delia Anaya Anaya
: Prof. Graciela Mendoza Bellido de Ascarza
Asesor : Prof. Roaldo Pino Anaya
Secretaria Docente : Prof. Pavel A. Alarcón Vila

Con el quorum de Reglamento se dio inicio a la sustentación de tesis por mayoría; como acto inicial el presidente de la comisión pide al secretario docente dar lectura a la **RESOLUCIÓN DECANAL N°1027-2023-UNSC-FCSA-D**, se comprueba que los documentos presentados por las recurrentes no tienen observación, dando algunas indicaciones a las sustentantes. Da inicio la exposición la Bachiller: **JENYFER MUCHARI PARIAN**, seguidamente la bachiller **ROSMERY TACAS NUÑEZ**, una vez concluida la sustentación, la presidenta de la comisión solicita a los miembros del jurado evaluador realizar sus respectivas preguntas iniciando su participación la Prof. Graciela Mendoza Bellido de Ascarza, seguidamente da pase para hacer uso de la palabra a la Prof. Delia Anaya Anaya, seguido a la Prof. Edda Milagros Sánchez Huamani y finalmente el Prof. Oriol Marciano Chuchón Gómez, finaliza con las preguntas, seguidamente se hace la invitación al asesor de tesis Prof. Roaldo Pino Anaya, para que pueda aclarar algunas preguntas e interrogantes. El presidente invita a las sustentantes abandonar el auditorio a fin de que puedan proceder con la calificación respectiva.

RESULTADO DE LA EVALUACIÓN FINAL

Bachiller: JENYFER MUCHARI PARIAN

JURADOS	TEXTO	EXPOSICIÓN	PREGUNTAS	P. FINAL
Prof. Oriol Marciano Chuchón Gómez	17	17	17	17
Prof. Edda Milagros Sánchez Huamani	16	16	16	16
Prof. Delia Anaya Anaya	17	17	17	17
Prof. Graciela Mendoza Bellido de Ascarza	17	17	17	17
PROMEDIO FINAL				17

Bachiller: ROSMERY TACAS NUÑEZ


JURADOS	TEXTO	EXPOSICIÓN	PREGUNTAS	P. FINAL
Prof. Oriol Marciano Chuchón Gómez	17	17	17	17
Prof. Edda Milagros Sánchez Huamani	16	16	16	16
Prof. Delia Anaya Anaya	17	17	17	17
Prof. Graciela Mendoza Bellido de Ascarza	17	17	17	17
PROMEDIO FINAL				17


De la evaluación realizada por los miembros del jurado calificador, llegaron al siguiente resultado: Aprobar por mayoría a la Bachiller **JENYFER MUCHARI PARIAN**. Quien obtuvo la nota final de Diecisiete (17), Aprobar a la Bachiller **ROSMERY TACAS NUÑEZ**, quien obtuvo la nota final de Diecisiete (17); para lo cual los miembros del jurado evaluador firman al pie del presente, siendo las 13:20 horas, se da por concluido el presente acto académico.


Prof. Oriol Marciano Chuchón Gómez
Presidente


Prof. Edda Milagros Sánchez Huamani
Miembro


Prof. Delia Anaya Anaya
Miembro


Prof. Graciela Mendoza Bellido de Ascarza
Miembro


Prof. Roaldo Pino Anaya
Asesor


Prof. Pavel Antonio Alarcón Vila
Secretario Docente

**CONSTANCIA N° 30-2023 VERIFICACIÓN DE ORIGINALIDAD DE
TRABAJO DE TESIS**

Dra. Delia Anaya Anaya docente-instructora en el proceso de implementación de las pruebas anti plagio en **PRIMERA INSTANCIA** de la tesis de pregrado de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga; he constatado que la tesis titulada:

**“INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADO A CESAREA
ITERATIVA. HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO.2021”**

Autoras: Bachiller Jenyfer MUCHARI PARIAN

Bachiller Rosmery TACAS NUÑEZ

Asesor: Mg. Obst.Roaldo PINO ANAYA

Ha sido sometido al análisis del sistema antiplagio TURNITIN concluyendo que presenta un porcentaje de 25 % de similitud.

Ayacucho, 18 de setiembre de 2023



Dra, Delia Anaya Anaya

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD DE TRABAJO DE TESIS- N° 030- 2023

La Directora de la Escuela Profesional de Obstetricia, en mérito a la Resolución Decanal N° 329-2023-UNSCH-FCSA-D, delegada por la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud, verifica en segunda instancia, la originalidad de los trabajos de investigación y de tesis (borrador final antes de la sustentación), en el marco del Reglamento de Originalidad de Trabajos de Investigación, aprobado por Resolución del Consejo Universitario N° 039-2021-UNSCH-CU, demás normas y procedimientos inherentes; Por tanto, deja constancia que el trabajo de tesis titulado **“INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADO A CESAREA ITERATIVA. HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO. 2021”**

Autoras: **Bach MUCHARI PARIAN, Jenyfer**

Bach. TACAS NUÑEZ, Rosmery

Asesor : **Prof. Roaldo Pino Anaya**

Ha sido sometido al análisis del sistema antiplagio TURNITING concluyendo que presenta un porcentaje de **25%** de similitud.

Por lo que, de acuerdo con el porcentaje establecido en el Artículo 13 del Reglamento de Originalidad de Trabajos de Investigación de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga es procedente conceder la Constancia de Originalidad.

Ayacucho, 20 de setiembre de 2023


UNIVERSIDAD NACIONAL DE
SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
Dra. Magda Infante Beigolea
DIRECTORA

C.c:
Archivo
MIB/

“INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADO A CESAREA ITERATIVA. HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO.2021”

por Jenyfer Y Rosmery Muchari Parian Y Tacas Nuñez

Fecha de entrega: 20-sep-2023 09:56a.m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 2171635086

Nombre del archivo: 3._TESIS_MUCHARI_Y_TACAS.pdf (1,006.74K)

Total de palabras: 14481

Total de caracteres: 75179

"INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADO A CESAREA ITERATIVA. HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO.2021"

INFORME DE ORIGINALIDAD

25%

INDICE DE SIMILITUD

25%

FUENTES DE INTERNET

3%

PUBLICACIONES

12%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga Trabajo del estudiante	5%
2	repositorio.urp.edu.pe Fuente de Internet	4%
3	repositorio.unsch.edu.pe Fuente de Internet	3%
4	eprints.ucm.es Fuente de Internet	3%
5	hdl.handle.net Fuente de Internet	2%
6	repositorio.upao.edu.pe Fuente de Internet	2%
7	libros.unjbg.edu.pe Fuente de Internet	1%
8	tesis.uson.mx Fuente de Internet	1%

9	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	1 %
10	apirepositorio.unh.edu.pe Fuente de Internet	1 %
11	repositorio.ucp.edu.pe Fuente de Internet	1 %
12	www.researchgate.net Fuente de Internet	<1 %
13	revistas.unsch.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
14	revistas.udh.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
15	rodin.uca.es Fuente de Internet	<1 %
16	repositorio.unh.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
17	es.scribd.com Fuente de Internet	<1 %
18	repositorio.unjbg.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
19	1library.co Fuente de Internet	<1 %

Excluir citas Activo

Excluir coincidencias < 30 words

Excluir bibliografía Activo